HẸP KHÍ QUẢN SAU LAO

BS. TRƯƠNG TUẤN NHỰT
PK. NỘI HÔ HẤP – NỘI SOi HÔ HẤP

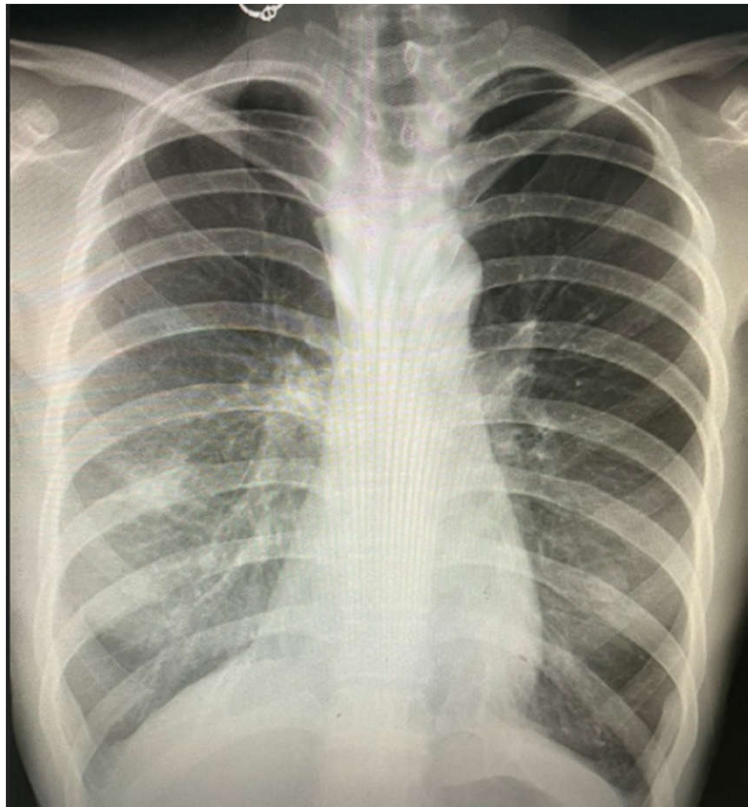
BỆNH SỬ

Bệnh nhân nữ 30 tuổi, sau kết thúc đợt điều trị lao phổi, lao khí quản khoảng 3 tuần thì thấy cảm thấy khó thở, khò khè và ngày càng tăng dần, làm việc nhẹ hoặc đi vài bước cũng cảm thấy khó thở nên đến khám tại Medic Hoà Hảo. Bệnh nhân được cho chụp Xq ngực, đo CNHH, CT ngực.

Tiền sử

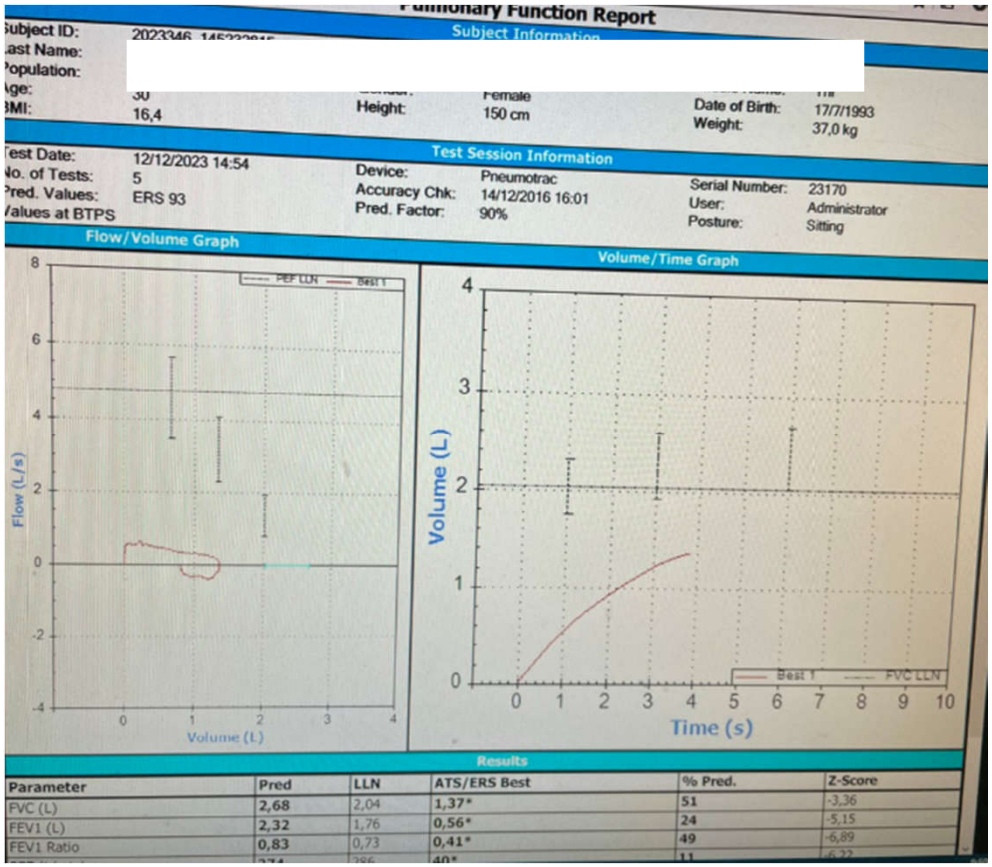
LAO PHỔI, LAO KHÍ QUẢN.

XQ ngực



MEDIC

CNHH:



Pulmonary Function Report

Subject Information

Subject ID:	2023346				
Last Name:	[redacted]				
Population:					
Age:	30		Female		
BMI:	16,4	Height:	150 cm	Date of Birth:	17/7/1993
				Weight:	37,0 kg

Test Session Information

Test Date:	12/12/2023 14:54	Device:	Pneumotrac		
No. of Tests:	5	Accuracy Chk:	14/12/2016 16:01	Serial Number:	23170
Pred. Values:	ERS 93	Pred. Factor:	90%	User:	Administrator
Values at BTPS				Posture:	Sitting

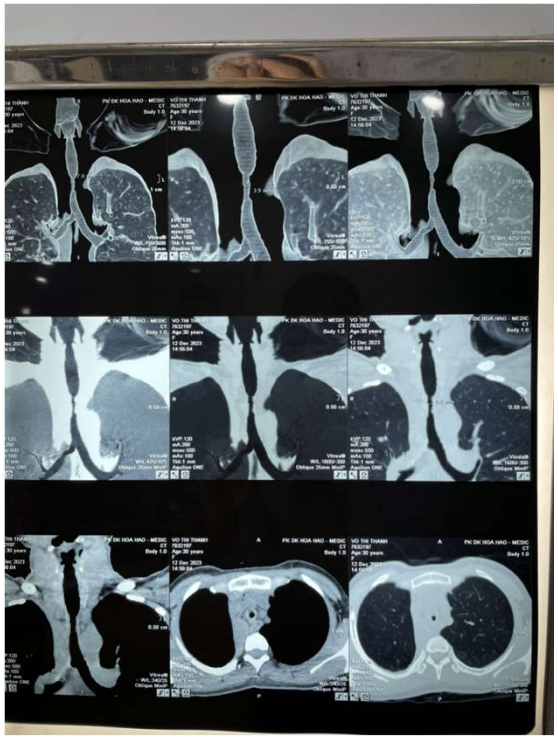
Flow/Volume Graph

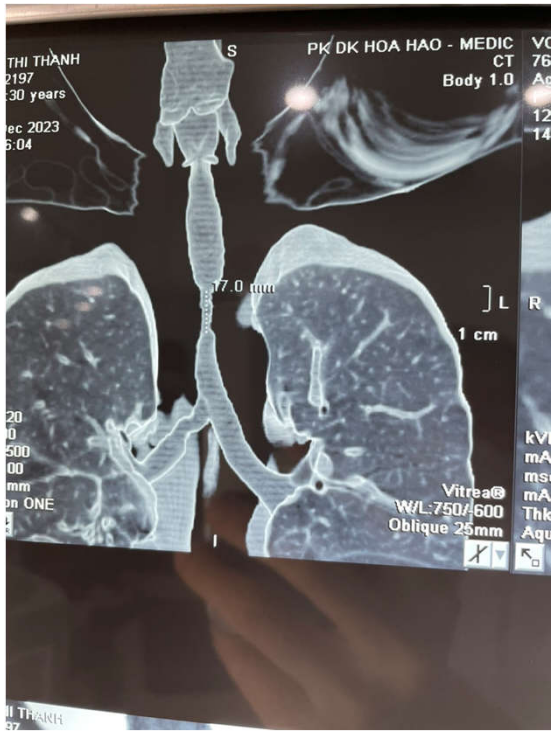
Volume/Time Graph

Results

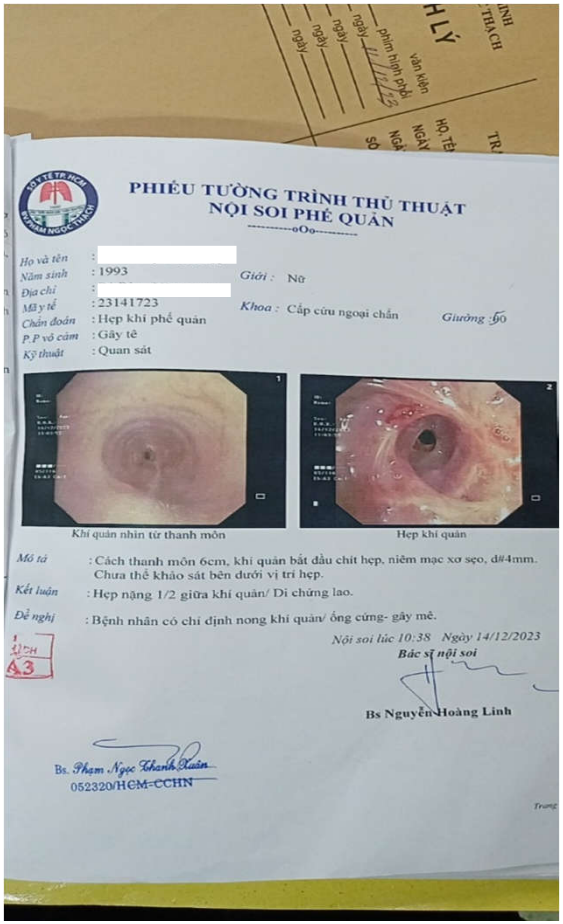
Parameter	Pred	LLN	ATS/ERS Best	% Pred.	Z-Score
FVC (L)	2,68	2,04	1,37*	51	-3,36
FEV1 (L)	2,32	1,76	0,56*	24	-5,15
FEV1 Ratio	0,83	0,73	0,41*	49	-6,89

Kết quả cận lâm sàng





Kết quả cận lâm sàng



PHIẾU TƯỜNG TRÌNH THỦ THUẬT
NỘI SOI PHẾ QUẢN

Họ và tên :
Năm sinh : 1993 Giới : Nữ
Địa chỉ :
Mã y tế : 23141723 Khoa : Cấp cứu ngoại chấn Giường :60
Chẩn đoán : Hẹp khí phế quản
P.P vô cảm : Gây tê
Kỹ thuật : Quan sát

Khí quản nhìn từ thanh môn

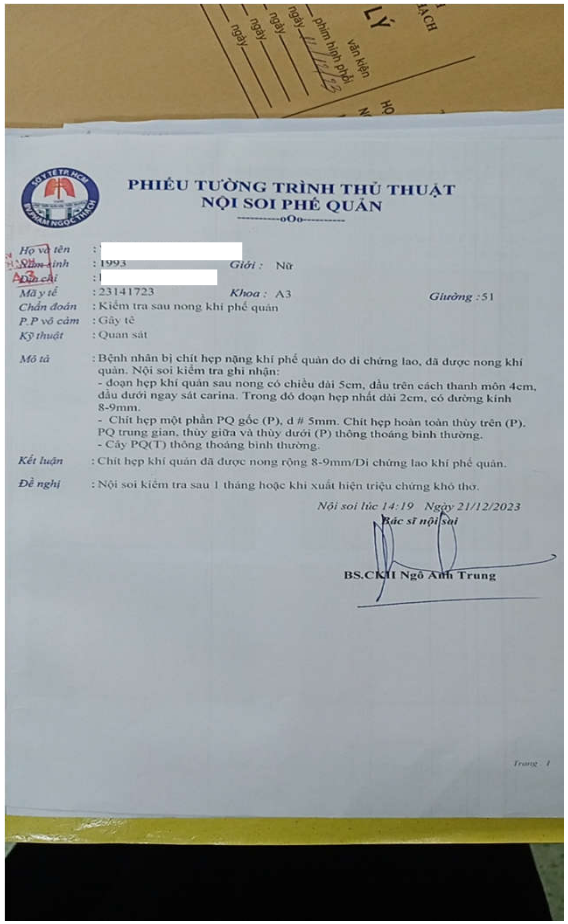
Hẹp khí quản

Mô tả : Cách thanh môn 6cm, khí quản bắt đầu chít hẹp, niêm mạc xơ sẹo, d#4mm. Chưa thể khảo sát bên dưới vị trí hẹp.
Kết luận : Hẹp nặng 1/2 giữa khí quản/ Di chứng lao.
Đề nghị : Bệnh nhân có chỉ định nong khí quản/ ống cứng- gây mê.

Nội soi lúc 10:38 Ngày 14/12/2023
Bác sĩ nội soi

Bs Nguyễn Hoàng Linh

Bs. Phạm Ngọc Thanh Xuân
052320/HCM-CCHN



PHIẾU TƯỜNG TRÌNH THỦ THUẬT
NỘI SOI PHẾ QUẢN

Họ và tên :
Năm sinh : 1993 Giới : Nữ
Địa chỉ :
Mã y tế : 23141723 Khoa : A3 Giường :51
Chẩn đoán : Kiểm tra sau nong khí phế quản
P.P vô cảm : Gây tê
Kỹ thuật : Quan sát

Mô tả : Bệnh nhân bị chít hẹp nặng khí phế quản do di chứng lao, đã được nong khí quản. Nội soi kiểm tra ghi nhận:
- đoạn hẹp khí quản sau nong có chiều dài 5cm, đầu trên cách thanh môn 4cm, đầu dưới ngay sát carina. Trong đó đoạn hẹp nhất dài 2cm, có đường kính 8-9mm.
- Chít hẹp một phần PQ gốc (P), d # 5mm. Chít hẹp hoàn toàn thùy trên (P), PQ trung gian, thùy giữa và thùy dưới (P) thông thoáng bình thường.
- Cây PQ(T) thông thoáng bình thường.

Kết luận : Chít hẹp khí quản đã được nong rộng 8-9mm/Di chứng lao khí phế quản.
Đề nghị : Nội soi kiểm tra sau 1 tháng hoặc khi xuất hiện triệu chứng khó thở.

Nội soi lúc 14:19 Ngày 21/12/2023
Bác sĩ nội soi

BS.CKII Ngô Anh Trung

Chẩn đoán xác định

Hẹp khí quản đã được nong/ Di chứng lao khí quản, lao phổi

Bàn luận

ELSEVIER

Respiratory Medicine Case Reports

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/rmcr

Case report

One not to miss: Tuberculous tracheal stenosis

Ana Campo Ruiz [a], Miguel F. Carrascosa [a,*], Juan L. García-Rivero [b], Gerardo Blanco Rodríguez [c], Marta Cano Hoz [a], Elena Casuso Sáenz [a]

[a] Department of Internal Medicine, Hospital of Laredo, Avda. Derechos Humanos s/n, 39770, Laredo, Cantabria, Spain
[b] Section of Respiratory Diseases, Hospital of Laredo, Avda. Derechos Humanos s/n, 39770, Laredo, Cantabria, Spain
[c] Department of Radiology, University Hospital Marqués de Valdecilla, Avda. Valdecilla 25, 39008, Santander, Cantabria, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Bronchoscopy
Tracheal stenosis
Tuberculosis

ABSTRACT

We describe a patient who developed severe tracheal stenosis while on treatment for pulmonary tuberculosis. Bronchoscopic-guided balloon dilatation succeeded in managing this disorder. Diagnosis of tracheobronchial tuberculosis requires a high index of suspicion because symptoms are usually attributed to co-existing pulmonary disease and airway lesions are not detectable on chest x-ray. Interventional bronchoscopy is employed to restore airway patency once significant stenosis develops. Should bronchoscopic measures fail, surgical options can be considered.

Bàn Luận

1. Introduction

Central airway obstruction (CAO) is generally defined as occlusion of >50% of the trachea, mainstem bronchi, bronchus intermedius or a lobar bronchi [1,2]. It can result from a variety of malignant and non-malignant disorders [1,2], malignant CAO occurring more frequently than benign obstruction [3]. Benign forms of CAO mainly include post-intubation and post-tracheostomy tracheal stenosis, tuberculosis and transplant-related stenoses, and idiopathic cases [2]. Herein, we report the case of a patient with tuberculous subglottic stenosis who experienced a favorable outcome following bronchoscopic dilatation.

2. Case report

A 52-year-old smoker woman presented to our hospital with a 6-week history of anorexia, weight loss, fatigue, productive cough, exertional dyspnea, and hoarseness. She was diagnosed with pulmonary and probable laryngeal tuberculosis and was commenced on a 6-month, antituberculous drug regimen. Clinical course was uneventful and she was discharged 7 days after admission without breathlessness and with minimal dysphonia.

At a 3 month follow-up visit, the patient complained of worsening exertional dyspnea for the previous month, without other associated symptoms. Chest x-ray displayed no signs suggestive of active pulmonary tuberculosis. Dual bronchodilator therapy was prescribed but, as dyspnea turned out to be refractory, spirometry was done. The flow-volume loop was diagnostic of fixed upper airway obstruction (Fig. 1). Bronchoscopy revealed an approximate 90% tracheal stenosis about 3.5 cm below the glottis (Fig. 2, A) which prevented bronchoscope from passing through the stenosis. A subsequent chest CT scan showed severe proximal tracheal narrowing (Fig. 2, B-D). Tracheal aspirate samples were negative for acid-fast bacilli and their culture did not yield *Mycobacterium tuberculosis*. Rigid bronchoscopy with balloon dilatation (Storz, California, US) under general anesthesia was scheduled. The first session was initially performed with a bronchoscope of 7.5 mm outer diameter, then substituted for another of 8.5 mm. Following this session, residual stenosis was almost 30% of the normal tracheal lumen and patient's dyspnea alleviated considerably. One year after the first session, however, a second bronchoscopic dilatation was undertaken because her usual exertional dyspnea had recently worsened. This second intervention was done using a bronchoscope of 12 mm external diameter, residual stenosis being around 20% of the normal tracheal lumen. Eventually, she became symptomless. There were no adjunctive treatments given. When last seen, 1 year after the second bronchoscopic session, she remained asymptomatic.

3. Discussion

Tracheobronchial tuberculosis is described in approximately 10–40% of the patients with pulmonary tuberculosis [4]. Diagnosis requires a high index of suspicion because symptoms are usually

Bàn Luận

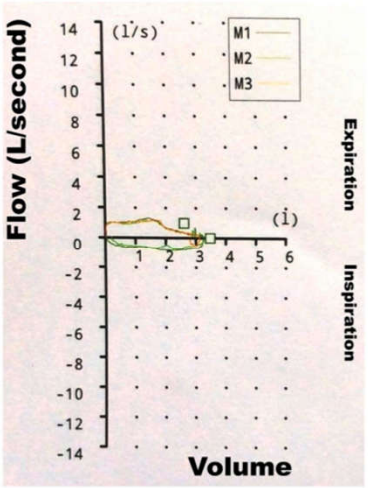


Fig. 1. Pulmonary function testing.
Flow-volume loop showing flow limitation and marked flattening of the inspiratory and expiratory limbs.

attributed to co-existing pulmonary disease and airway lesions are not detectable on chest x-ray [5]. Fibrotic tracheobronchial stenosis is one of the most frequent long term complications of tracheobronchial tuberculosis and it can result in significant morbidity [4,5]. Patients with pulmonary tuberculosis and continuous respiratory symptoms during or after treatment should be assessed for tracheobronchial involvement. Interventional bronchoscopy is employed to restore airway patency once significant stenosis develops [6]. Should bronchoscopic measures fail, surgical options can be considered.

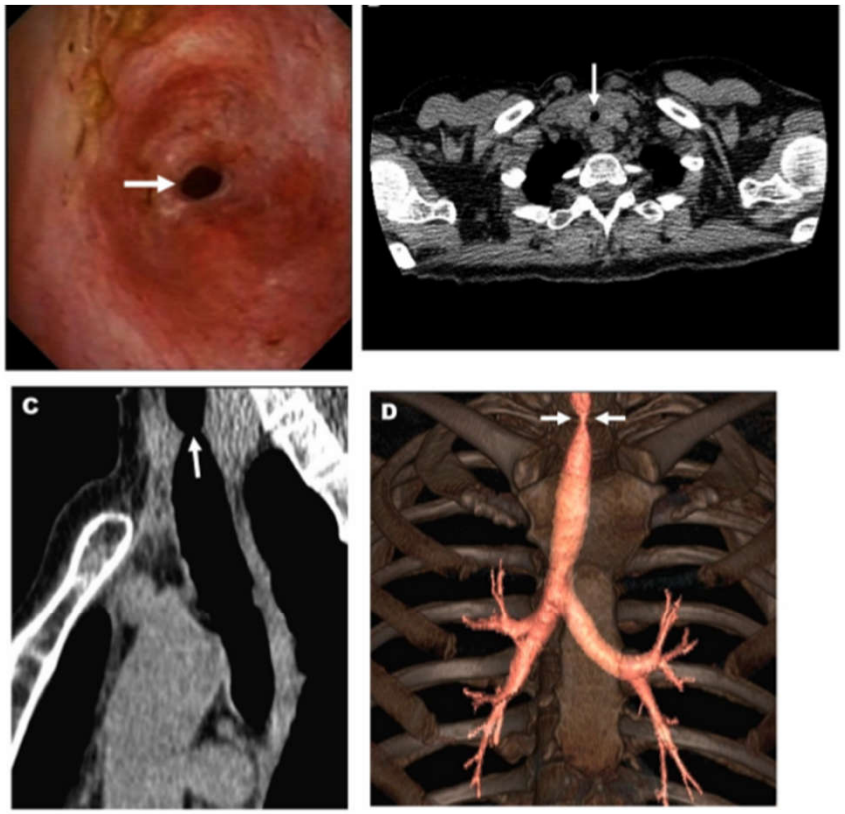


Fig. 2. Tuberculous tracheal involvement in a 52-year-old woman.
(A) Bronchoscopic appearance of the proximal trachea revealing a severe, ring-like stenosis (arrow). A CT scan of the patient's chest showing a striking tracheal stenosis at thoracic inlet (arrows) (B, axial and C, sagittal views; D, 3D reconstruction).

Bài học rút ra:

- Đối với bệnh nhân lao khí quản, lao phổi sau điều trị có triệu chứng khó thở thường xuyên nên được đo CNHH để xác định có tắc nghẽn đường dẫn khí trung tâm hay không, có chỉ định chụp CT ngực kịp thời để khảo sát cây khí quản- phế quản.
- Nội soi can thiệp sớm giúp cải thiện triệu chứng và trở lại sinh hoạt bình thường.

Xin chân thành cám ơn!